Zur Technik und Prognose des Kaiserschnittes

von

CARL MICHLER

aus

BONNDORF
(Großh. Baden.)



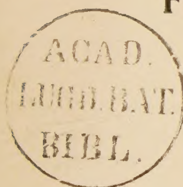
SCHÖNAU i. W.
ARMAND MÜLLER's BUCHDRUCKEREI
1911.

Zur Technik und Prognose des Kaiserschnittes.



INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER
MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE
VORGELEGT DER
HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÆT
DER
ALBERT-LUDWIGS-UNIVERSITÆT
ZU
FREIBURG IM BREISGAU


ACAD. LUDOV. BAT. BIBL.

VON
CARL MICHLER
AUS
BONNDORF
(Großh. Baden.)



SCHÖNAU i. W.
ARMAND MÜLLER's BUCHDRUCKEREI
1911.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität zu Freiburg i. Br.

Dekan: **Prof. Dr. Straub.**

Referent: **Prof. Dr. Krönig.**

Meiner lieben Mutter.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545315_0114

Die erschreckend hohe Zahl der Mortalität des klassischen Kaiserschnittes hatte diesen sehr in Mißkredit gebracht und seinen Konkurrenzoperationen (Symphyseotomie, Hebetomie, Kraniotomie usw.) ein breites Feld eingeräumt. Die Resultate sind gottlob in den letzten Jahren, Dank der verbesserten Technik und auch einer genaueren Indikationsstellung besser geworden.

„Die Ursache der Mortalität des alten Kaiserschnittes bildeten zunächst Blutungen aus der Uteruswand, besonders steigert sich die Gefahr, wenn wie es so oft geschieht die Placenta im Schnittbereich lag. Da die Uteruswunde meist garnicht oder nur mangelhaft durch Naht verschlossen wurde, kam es öfter zu Nachblutungen aus der Uteruswunde in die Bauchhöhle. Die Hauptgefahr war aber durch die häufig eintretende septische Peritonitis gegeben, der der Uebertritt von Lochialsekret aus der Uteruswunde in die Bauchhöhle Vorschub leistete“. (Winkel Handbuch).

Diese großen Gefahren des Kaiserschnittes beruhten neben der unvollkommenen Schnittführung hauptsächlich auf der schlechten Methode der Uterusnaht.

Eine neue Aera der Sectio caesarea abdominalis begann mit Sänger (1882). Seine Methode bestand in einem sorgfältigen Verschluß der Uteruswunde und einer symperitonealen Naht. Während die Mortalität früher durchschnittlich 80—85% betragen hatte, sank sie nach dieser Entdeckung auf 6—8%. In der Olshausen'schen Klinik in Berlin wurden in den Jahren 1887—1902 80 Kaiserschnitte ausgeführt, von denen 62 Fälle enge Becken betrafen, die andern 18 Fälle betrafen anderweitige Komplikationen der Schwangerschaft, welche den Kaiserschnitt bedingten. Von diesen 62 Fällen hatten 5 den tötlichen Ausgang ; hiernach betrug die Mortalität also 8%.

Eine von Sänger zusammengestellte statistische Tabelle vom Jahre 1886 ergab bei einer Gesamtzahl von 26 Fällen

Heilung in	19	Fällen	= 76,0%
Tod in	7	„	= 24,0%
Lebende Kinder in	23	„	= 88,4%
Tote „ „	3	„	= 11,6%

In den 7 Todesfällen bestand 3 mal septische Infektion vor der Operation.

In einer anderen Liste von Sänger-Caruso finden sich 74 in Deutschland operierte Fälle. Davon sind 56 lediglich wegen der durch Beckenenge bedingten Geburtserschwerung ausgeführt, während das Befinden der Mutter vor der Operation als günstig bezeichnet wird.

Diese 56 Fälle haben ergeben:

54 geheilte Mütter	= 96,4%
56 lebende Kinder	= 100%

Die Mortalität betrug also 3,6%.

In 9 anderen wegen Beckenenge operierten Fällen war das Befinden der Mutter von vorn herein ein ungünstiges: 6 mal bestand Fieber, 1 mal war Eklampsie vorhanden, einmal handelte es sich um eine verwachsene Person mit Dysenterie, einmal wird das Befinden ohne nähere Angabe ungünstig genannt.

Diese 9 Kaiserschnitte ergaben:

4 geheilte Mütter	= 44,4%
9 lebende Kinder	= 100%

Endlich kamen 9 Kaiserschnitte aus andrer Indikation als einfachen Beckens zur Ausführung (Myome, Carcinome usw.) Der Erfolg war:

5 geheilte Mütter	= 55,5%
5 lebende Kinder	= 55,5%

Aus diesen Statistiken ersehen wir also, daß die Gefahr der Kaiserschnitte gegen früher sehr erheblich abgenommen hat. Um aber ein richtiges Urteil zu bekommen über die Morbitität und Mortalität, ist es gut, die Kaiserschnitte zu trennen in «reine», «verdächtige» und «infizierte» Fälle. Zur ersten Art rechnet man solche Fälle von engem Becken, bei denen zur Zeit der Operation noch keinerlei Zeichen einer stattgehabten Infektion bestanden; anders ist dagegen die Prognose, wenn der Kaiserschnitt ausgeführt wurde, wegen einer das Leben bedrohenden Krankheit, wie z. B. Eklampsie, Erkrankungen des Herz-Gefäßapparates, Carcinoma uteri usw., oder wenn die Gesundheit der Mutter schon durch vorangegangene Geburtsarbeit oder durch andere Einflüsse gestört ist. Solche Fälle fassen wir zusammen unter dem Namen «verdächtige» und «infizierte» Fälle.

Da, wie anderweitig veröffentlichte Statistiken zeigen, auch unter den sogenannten «reinen» Fällen von abdominellem Kaiserschnitt, immer noch Todesfälle vorkommen, hat

man sich mit der bisherigen Technik nicht begnügt, sondern ist in den Bestrebungen, die Mortalität auf ein Minimum herabzusetzen, weitergegangen.

So brachte Frank mit seiner Methode der suprasymphysären Entbindung zum erstenmale wieder ein gänzlich neues Prinzip in die Kaiserschnittoperation.

Die bisher veröffentlichten Statistiken der nach seiner Methode ausgeführten Kaiserschnitte ergeben, daß auch hiermit zweifellos das Ziel eines gefahrlosen Eingriffes immer noch nicht erreicht ist.

Neuerdings hat auch Sellheim eine weitere Gefahr der Operation durch das möglichst extraperitoneale Vorgehen seines sogenannten cervikalen Kaiserschnittes auszuschalten versucht.

Wenn auch die veröffentlichten Resultate für die Güte dieser Methode sprechen, scheint auch jetzt noch nicht der Beweis einer absoluten Lebenssicherheit für die Mutter erbracht zu sein. Vor allem muß man dem Vorschlag, infizierte Fälle auf diese Weise zu operieren vorläufig noch mit größtem Mißtrauen begegnen.

Außer den bereits von anderer Seite mitgeteilten Fällen beweist dies auch die Statistik der Freiburger Fälle, deren Mitteilung an dieser Stelle erfolgen soll.

Der Vollständigkeit wegen seien alle vom 1. Oktober 1904 bis zum 6. Juli 1908 in der Klinik ausgeführten Kaiserschnitte mitgeteilt, zumal der Versuch einer extraperitonealen Lagerung der Kaiserschnittwunde in der hiesigen Klinik schon vor Jahren gemacht worden ist.

A. Geburtsberichte.

1) **M. E.** 20j. 1p. wird am 29. IX. 04 in die Anstalt aufgenommen. Nr. 451. Angeblich bestand keine Rhachitis, sie lernte aber erst mit $2^1/_2$ Jahren laufen. Später Bleichsucht u. Amenorrhoe. Erste Regel mit 17 Jahren. Letzte Regel 16. II. 04. Anfang Juli 04 erste Kindsbewegung. Platt-rhachitisch allgemein verengtes Becken. Beckenmasse: D. spin. 28 D. crist. 29,5 D. troch. 32. C. d. 9, C. v. 7 cm. 14. XI. 04. 10^2 a. m. Wehenbeginn, 15. XI. 04 9^{50} a. m. Blasensprung. I. Sch. Lg. Der Kopf steht beweglich über dem Beckeneingang, zeitweise über den Darmbeinschaufeln. Herztöne kräftig, Wehen schwach. Um ein lebendes Kind zu bekommen, wird die Sectio caesarea gemacht wegen engen Beckens. Operation (Dr. Rauscher): Aether-Chloroform Narkose. (Aeth. Chlor. N.) 1^{44} Beginn. Schnitt in der Mittellinie, links am Nabel vorbei. 1^{45} Kind entwickelt. Zur Vereinigung der Schnittfläche des Uterus werden zunächst durchgreifende Knopfnähte gelegt, nach Knotung derselben noch eine Reihe von Knopfnähten, welche nur die oberflächliche Schicht des Uterus durchsetzen. Nachher wird die Nahtlinie durch fortlaufende sero-seröse Naht überdacht. Messung der C. v. 7 cm. Fortlaufende Peritonealnaht. Haut Matratzennaht. 2^{25} Schluß der Operation. Das männliche Kind wiegt 2850 gr, ist 52 cm. lang. Wochenbett: Am ersten Tage T. 38,1 sonst normaler Verlauf, stand auf am 15. Tage. Entlassung von der gynaekologischen Abteilung aus. Bauchwunde glatt verheilt. Kind bekam Mutterbrust, erkrankte später an Otitis media.

2) **R. M.** 25j. 1p. 16. I. 05 Nr. 54. Letzte Regel Mai 04. Erste Kindsbewegung Anfangs XII. 04. Rhachitisches Skelett. Beckenmasse: 25 : 26 : 29. C. d. 9,5, C. v. auf 7,5 geschätzt. 8. II. 05, 1^h p. m. Wehenbeginn. I. Sch. Lg. Kopf steht die ganze Zeit beweglich über dem Beckeneingang. Da sich auch nach dem spontanen Blasensprung am 9. II. 8^{50} p. m. die Unmöglichkeit einer spontanen Geburt zeigt und der Versuch einer Jmpressio in Walcherscher Hängelage nicht gelingt, wird die S. caes. abdom. ausgeführt. Innere Untersuchung ergibt, dass der Muttermund 1 Markstück groß. Operation (Prof. Krönig): Aeth. Chlor. N. 10^{20} p. m. Beginn. Schnitt in der Linea alba links vom Nabel. Eröffnung des Peritoneum. Eröffnung des Uterus in Mittellinie, kommt sofort auf Placenta; diese wird durchbohrt u. Kind am Fuss herausgezogen. Placenta und Eihäute lassen sich leicht entfernen. Uterus wird durch 3 Seiden- und 5 Catgutnähte geschlossen. Zwischen jede tiefe Naht wird noch eine oberflächliche gelegt; durch den unteren Teil des Uterus wird sero-seröse Naht gelegt. Nach Anlegung von 5 durchgreifenden Seidennähten wird Peritoneum durch 2 fortlaufende Catgutnähte geschlossen. Fortlaufende Fasciennaht. Fortlaufende Matratzenhautnaht. 10^{58} p. m. Schluß der Operation. Frucht weiblich, 2350 gr 49 cm, apnoisch, 1. Atmung nach 2 Minuten. Wochenbett: Sehr schmerzhafte Nachwehen. 10. XI. 02. Abdomen leicht aufgetrieben, etwas druckempfindlich. Mehrmals Erbrechen. 12. II. Auf Ricinusöl u. Einlauf mehrmals Stuhlgang. 18. II. Bis auf einmalige Temperatursteiger-

ung (38,2) fieberfreier Verlauf bei bestem Wohlbefinden. Wunde per primam geheilt. 23. II. steht auf. 4. III. in den letzten Tagen Temperaturen bis 38,2 ohne objektiv nachweisbare Veränderungen. (Anscheinend leichter Magen-Darmkatarrh). Entlassung: am 11. III. Mutter gesund. Uterus antevertiert. Entsprechend dem unteren Wundwinkel besteht anscheinend eine Adhaerenz des Fundus. Wenigstens läßt sich der Uterus nicht richtig von der vorderen Bauchwand abdrängen. Kind gesund.

3) Th. K. 24j. 1p. 1905 Nr. 57. Es bestand Rhachitis und sie lernte erst mit 4 Jahren laufen. Letzte Regel Ende April 04. Deutlich rhachitisches Skelett. K. ist außerhalb dreimal, in der Klinik viermal innerlich untersucht worden. Stark verengtes rhachitisches Becken. Beckenmasse zu 29 : 27 : 31. C. d. 8,5 C. v. 6,25 in Narkose gemessen. 1. Kindsbewegung Mitte Oktober 05. Geburt: 10. XII. 12^{01} a. m. Wehenbeginn. 1^{2} a. m. Blasensprung. II. D. ant. Quer. Lg. mit Vorfall des linken Armes. Hand in der Vulva sichtbar; kräftige Wehen; da sich in Folge des zu stark verengten Beckens die Geburt eines lebenden Kindes per vias naturales als unmöglich erweist, wird die S. c. abdom. ausgeführt. Operation (Prof. Krönig): in Aeth. Chlor. N. 10^{45} p. m. Schnitt in der Mittellinie links vom Nabel. Längsschnitt durch die Fascie. Verlängerung des Hautschnittes nach oben. Peritoneum wird soweit es geht von Fascie abgelöst. Jetzt wird Peritoneum der Bauchwand, um das eröffnete Gebiet von der eröffneten Bauchhöhle abzuschliessen, in Ovalärform auf den vorderen Uterus aufgenäht, nachdem die Bauchwand möglichst weit nach oben gezogen worden ist und zwar mit 2 fortlaufenden Nähten. Medianschnitt durch Uterus und zwar in ganzer Ausdehnung der ovalären Figur. 11^{03} Kind entwickelt. Nabelschnur pulsiert. Herausholen der Placenta und der Eihäute. Durch Uterus abwechselnd Seide- und Catgutnaht. Zwischen den durchgreifenden Nähten kommen noch Catgutknopfnähte die aber nicht durch die ganze Uteruswand geführt werden. Dann wird Peritoneum mit fortlaufender Naht wieder vereinigt, in den oberen Partien werden Peritoneum und Fascie gleichzeitig vereinigt; fortlaufende Fasciennaht. Durch Fascien und Haut werden dann noch einige Seiden-Knopfnähte gelegt. Schluß 11^{30}. Wochenbett: 11. II. Nachwehen kommen nur wenig schmerzhaft zum Bewusstsein. Häufiges Erbrechen, beständig Aufstoßen. T. 38,6 (Ax.) 12. II. Leib fassförmig aufgetrieben. Peristaltik weder fühl- noch sichtbar, 13. II. Nachts über 3 mal Erbrechen. Abdom. enorm aufgetrieben. Keinerlei Druckempfindlichkeit des Leibes. Wunde reaktionslos. 14. II. Nacht über beständig Aufstossen. Morgens Erbrechen von galligen Massen. Im Verlaufe des Vormittags rapidester Collaps, Ansteigen des Pulses auf ca. 120, zuletzt weich flatternd. Tod unter Erscheinung von Herzschwäche.

4) R. M. 20j. 2p. 1905 Nr. 218. R. M. lernte erst mit 4 Jahren laufen. Mit 14, 15, (2 mal) und 16 Jahren wurde sie wegen linksseitiger Coxitis im Ganzen 4 mal operiert. Am 21. XII. 02 zum erstenmal wegen engen Beckens durch S. c. abdom. in hiesiger Klinik von einem lebenden Kinde entbunden. Seit dem 1. Partus besteht mässiger gelber Ausfluß und seit April 04 ein Bruch in der Kaiserschnittnarbe. 25. VII. 04 letzte Regel. Im Februar und März 05 starke Cystitis. Schräg verengtes und im Beckenausgang stark verengtes Becken. 25 : 28 : 30. C. d. 11,5 C. v. 10 cm. 14. V. 8^{h} p. m. Wehenbeginn. 15. V. 2^{30} p. m. Rektaluntersuchung ergibt: Portio erhalten, steht sehr hoch. Muttermund für einen Finger durchgängig. Kopf

beweglich über dem Beckeneingang. 4^{20} Blasensprung. 5^h ergibt die nochmalige Rektaluntersuchung denselben Befund wie oben. Es besteht Verdacht, daß eine Verwachsung der Uterusnarbe mit der vorderen Bauchwand besteht. Die Vaginaluntersuchung bestätigt den Rektalbefund. Da der Kopf auch nach dem Blasensprung keine Tendenz zeigt, ins Becken einzutreten und die Eröffnung des Muttermundes nicht fortgeschritten ist und da man der alten Uterusnarbe eine noch längere Dehnung nicht zumuten kann, so wird die Beendigung der Geburt durch Kaiserschnitt beschlossen. Operation (Dr. Gauß): Aeth. Chlor. N. 6^{34} p. m. Beginn der Operation. Eröffnung des Peritoneums. Adnex-Adhaesionen mit der Schere gelöst. Die Blase ist durch eine Adhaesion hoch oben heraufgezogen und hängt dort an den Seidennähten fest. Die Adhaesion wird mit Schere abgetragen. 6^{36} Eröffnung des Uterus. Placenta liegt vor, wird durchbohrt. Kind am Fuß gefaßt und extrahiert. Placenta mit einem Tupfer manuell ausgewischt. Die Uteruswunde wird durch abwechselnde, alle Schichten durchgreifenden Seidennähte wieder vereinigt. 20 tiefe Nähte und noch 6 oberflächliche. Im unteren Bereich des Schnittes kleiner Bruchsack frei präpariert, rings wird die Fascie zurück präpariert. 7^{02} Schluß des Peritoneums durch fortlaufende Naht. Schluß der Fascie durch fortlaufende Naht. Haut durch fortlaufende Knopflochnaht geschlossen. Kind: männlich lebend 3250 g schwer, 49 cm lang. Wochenbett: 16. V. Nach der Operation ist die Nacht sehr unruhig infolge lebhafter Schmerzen. 17. V. Abdomen stark aufgetrieben, mehrmals Erbrechen. Am 19. Stuhlgang, seitdem Abdomen weich. Seit dem 19. staffelförmiges Ansteigen der Abendtemperatur (bis 38,9 Ax.) bei auffallend gutem Pulse. Ursache Mastitis. 24. V. Entzündungserscheinung an den Brüsten völlig sistiert, klagt wieder über Schmerzen beim Wasserlassen, beständigen Harndrang. (Jschuria paradoxa). 28. V. Bisher Morgens und Abends katheterisiert, heute zum erstenmal völlig spontane Entleerung der Blase. Am 4. VI. vorübergehende Abendtemperatur von 38,4. 5. VI. völliges Wohlbefinden. Steht auf. Entlassung: Am 7. VI. Wunde im Allgemeinen gut vernarbt. Nur im unteren Drittel ein ca. bohnengroßer Granulationstrichter über dem es nicht zur Vereinigung der Hautränder gekommen ist. Reichliche eitrige Sekretion aus der Vagina. Uterus antevertiert und mit der Bauchwand verwachsen.

5) E. Sch. 27j. 7p. 1905. Nr. 279. 6 spontane Geburten. Einen Abort am 11. V. 02. Mitte September 04 letzte Regel, Ende I. 05 erste Kindsbewegung. C. v. 9 cm. Geburt: 17. VI. 11^h am Wehenbeginn und Blasensprung. II. Sch. Lg. 7^h p. m. Muttermund für 2 Finger durchgängig. Cervikalkanal erhalten. Seit mehreren Stunden keine Wehen. Die innere Untersuchung (5 mal) ergibt: Portio hinten hart infiltriert, vorn erodiert, Muttermund 2 Markstück groß. 8^h p. m. Kopf steht beweglich über dem Beckeneingang; sonst derselbe Befund. Jndikation zur S. c. abdom. Wehen Wehenschwäche und Carcinoma cervicis. Operation (Dr. Gauß): Aeth. Chlor. N. Sect. caes. mit nachfolgender Totalextirpation des Uterus auf abdominellem Wege. (nach Wertheim) Medianschnitt. Nähere Angaben fehlen. Kind: Männlich 3840 g 54 cm lang. Apnoisch, nach einer Minute erste Atmung.

6) F. F. 35j. 3p. 1905 Nr. 540 1. Geburt wegen Querlage innere Wendung Extraktion. Kind kam tot zur Welt. 2. Geburt durch Perforation und Extraktion des toten Kindes beendigt. Seit Frühjahr 1905 besteht ein Herzleiden. Februar 05 letzte Regel. Juli 05 erste Kindsbewegung. Becken platt-rhachitisch. 28,5 : 29 : 31,5 C. d. 10,25

C. v. 6,75—7,0. 22. XI. 6^{h} a. m. Wehenbeginn. Aeussere Untersuchung ergibt erste Querlg. Ob d. ant. oder d. post. läßt sich nicht bestimmen. Um der Wehentätigkeit einen besseren Angriff zu geben erfolgt die äußere Wendung auf den Kopf, der auf die linke Beckenschaufel abgewichen war. Trotz der fortdauernden, an Intensität und Frequenz sehr wechselnden Wehentätigkeit macht die Geburt keine Fortschritte. 7^{45} p. m. Vaginaluntersuchung ergibt: Portio und Cervix in toto nach links und hinten gezerrt und dort fixiert, wahrscheinlich zurückzuführen auf eine alte Narbe, der im Jahre 1898 ausgeführten Ovariotomia sinistra per vaginam. Jndikation zum Kaiserschnitt wegen engen Beckens und Wehenschwäche. T. in der Achselhöhle vorübergehend auf 38,4 steigend. Operation (Prof. Krönig): Chlor. Aeth. N. Skopolamin Morphium. 9^{32} p. m. Beginn. Sagittaler Schnitt in der Medianlinie. 9^{35} Eröffnung des Peritoneums. Der Uterus wird dicht über dem Nabel punktiert. Mit der Punktionsspritze wird eine kleine Menge Flüssigkeit abgezogen, die klares Fruchtwasser ist. Unterbrechung der Operation. (Mikroskop. Untersuchung des Fruchtwassers o. B.) 9^{36} Fortsetzung der Operation. Längsschnitt in der Mitte des Uterus; es entleert sich sehr viel weislich gefärbtes Fruchtwasser. 9^{44} Herausholen des Kindes. Lösung nach Schultze. Umstechung der spritzenden Gefäße. 9^{50} Manuelle Lösung der Placenta wird absichtlich hinausgeschoben. 9^{51} Vorsichtige Lösung der Eihäute, dann werden durchgreifende Nähte gelegt, abwechselnd Seide und Catgut. 10^{02} Die durchgreifenden Nähte werden sämtlich geknotet, außerdem werden noch dünnere Knopfnähte durch die obersten Muskelschichten und Serosa gelegt. Später wird noch über der Naht die Serosa des Uterus vernäht. Exstirpation des Processus vermiformis. Ausspülung der Bauchhöhle mit Kochsalzlösung. Fortlaufende Peritonealnaht. 10^{15} durchgreifende Naht durch Haut, Unterhautfettgewebe und Fascie. Forflaufende Naht der Fascie mit Catgut. Hautnaht-Knopflochnaht mit Catgut. 10^{26} Schluß. Männliche lebende Frucht, 3300 gr 47,5 cm lang. Entlassung: Am 20. XII. 1905 Mutter und Kind gesund. Soxhlet und Ammenmilch. Während des Wochenbettes hatte die Mutter ein Bauchdeckenabscess. Nähere Angaben fehlen.

7) M. Sch. 37j. 1p. 1905 Nr. 27. Ende April 05 letzte Regel. Oktob. 05 erste Kindsbewegungen. Becken plattrhachitisch 26 : 28,5 : 31. C. d. 10,33 C. v. 8,75 II. Sch. Lg. 21. I. 06 1 p. m. Wehenbeginn. 10^{25} Blasensprung 22. I. 7^{15} a. m. Rektaluntersuchung ergibt Muttermund fast Handtellergroß. Trotz guter und kräftiger Wehen, trotz 20stündiger Dauer kein Fortschritt der Geburt. Da nicht anzunehmen ist, daß sie spontan vor sich gehen wird, wird beschlossen, die S. c. abdom. zu machen und von der Hebetomie abzusehen in der Erwägung, daß bei dieser nicht mit Sicherheit zu bestimmen ist, ob in diesem Falle bei dem allgemein platt rhachitischen Becken eine genügende Erweiterung des knöchernen Geburtskanals statthat, die eine spontane Geburt ermöglicht. In der Entscheidung spielt das Bestehen eines Herzfehlers eine große Rolle. Operation (Prof. Krönig): 10^{28} 2 Querfinger unterhalb des Nabels wird ein Querschnitt von 15 cm Länge angelegt, die zahlreich spritzenden Gefäße werden abgeklemmt, darauf die Fascie durchtrennt und zurückpräpariert. 10^{31} Eröffnung des Peritoneum. Es werden in den Uterus 5 Tropfen Adrenalin eingespritzt an 7 Stellen, an denen sich sofort kleine Haematome bilden. Der Uterus wird im unteren Teil der Mittellinie eröffnet, Abgang von Meconium. Placenta sitzt an der Vorderseite und wird zum

Teil durchschnitten. 10^{34} Entwicklung des Kindes. 10^{36} Placenta wird gelöst, sehr starke Blutung aus der Uterushöhle, sofort Naht abwechselnd mit Catgut und Seide, nachdem Uterushöhle durch diese Catgutnaht geschlossen ist wird über die Naht unten noch eine sero-seröse fortlaufende Catgutnaht gelegt. Der obere Teil der Wunde wird durch Knopfnähte mit Serosa überdeckt. Es erfolgt fortlaufende Naht des Peritoneums bis auf den unteren Schlitz, dann Kochsalzspülung der Bauchhöhle. 11^{h} Schluß des Peritonealschlitzes. Fortlaufende Vernähung der Muskulatur. Die Fascie wird geschlossen, in der Mitte durch 2 dünne Seidenknopfnähte, im übrigen durch fortlaufende Catgutnaht 11^{10} Schluß. Kind: Weiblich, 2930 gr 50 cm lang. Schwächlich, Kopfgeschwulst. Wochenbett: Mehrmals Temperatursteigerung über 38,0 (höchste 38,6 Ax.) Am 11. Tage p. p. stand Patientin auf. Entlassung: Am 11. II. Mutter gesund, Bauchwunde fest verheilt. Kind hat kleinen furunkulösen Abscess der linken Brustwarze. Soxhlet.

8) L. G. 31j. 4p. 1906 Nr. 490. 1. Geburt 11. I. 1900. Durch Sec. caes. abdom. beendigt. 2. Geburt Juni 02 künstlicher Abort in der 6. Woche. 3. Geburt August 1904. G. ist als Kind gefallen und dadurch an einer Hüftgelenksentzündung erkrankt, die zu einem schräg verengten Becken führte. Am 20. November 1905 letzte Regel. 1. Kindsbewegung am 6. IV. 06. Beckenmasse fehlen. 1. IX. 06 2^{h} p. m. Wehenbeginn. I. Sch. Lg. Blase steht, Jndikation gegeben durch das schrägverengte Becken und Status post sectionem caes. Operation (Dr. Gauß: In Lumbalanaesthesie (Lu. An.) + Scop. Morph. 7^{50} p. m. Beginn Jncision im Bereich der alten Narbe. 7^{51} p. m. Eröffnung des Peritoneums, Adhaesionen sind nicht vorhanden. desgleichen ist eine Narbe im vorderen Bereich des Uterus nicht zu erkennen. 7^{53} der Eisack wird eröffnet und die vorliegende Placenta durchtrennt. Geburt des Kindes: Nach Hervorholen der Placenta kontrahiert sich der Uterus sofort. 7^{57} der Uterus geschlossen. Naht wird durch dazwischengelegte Catgutsuturen gesichert. Es wird die beiderseitige Tubensterilisation angeschlossen durch Excision eines ca. 3 cm. langen Stückes der Tube und extraperitoneale Lagerung der Stümpfe. Im Fundus nahe dem Ansatz der linken Adnexe bestehen schleierhafte Verwachsungen mit dem Netz. Schluß des Peritoneums durch fortlaufende Catgutnaht. Schluß der Fascie durch Knopfnähte, der Haut durch Knopflochnaht. Gesamtblutverlust ist gering. Bei Eröffnung des Uterus wurden 2 Spritzen Ergotin gegeben. 8^{22} Schluß. Kind: weiblich, 3540 gr 52 cm kräftig gebaut. atmet sofort. Wochenbett: verlief normal, höchste T. 37,8 (Ax.) Patientin stand am 13. Tage auf. Entlassung am 20. IV. 06. Bauchwunde ideal verheilt. Mutter und Kind gesund. Soxleth.

9) M. M. 26j. 2p. 1906 Nr. 652. 1. Geburt 23. VIII. 01 durch Sec. caes. abdom. beendigt. Naht der Bauchwunde mit Draht. Als Kind Rhachitis. 8. II. 06 letzte Regel. 7. 06 erste Kindsbewegung. Platt rhachitisches Becken 26 : 27 : 27,75 C. d. 9. C. v. 7. Geburt: 23. XI. 1 p. m. Wehenbeginn. Leichte Wehen. II. Quer. Lg. Blase steht. Einmal innerlich untersucht. 2 mal rektal. Muttermund 3 Markstück groß. Jndikation ergab sich aus der im Jahre 01 vorgenommenen Sectio caes. und der sich daraus ergebenden eventuell mangelhaften Festigkeit des Uterus; ferner dem engen Becken. Dreimaliger Versuch der Lumbalpunktion; Entleerung von Blut, von weiteren Versuchen wird Abstand genommen.
Operation (Dr. Gauß) am 24. XI.: in Chlor. Aeth. + Scop. Morph. N.

4^{49} p. m. Beginn Eröffnung der Bauchhöhle. Im unteren Teil ist das Netz überall verwachsen, es wird stumpf von der vorderen Bauchwand abgetrennt. Am Nabel vorn überall kleine Recessus, in denen verschiedentlich Netz verwachsen ist. Das adhärente Netz wird sofort umstochen; an der vorderen Fläche des Uterus Verwachsungen. 4^{57} Eröffnung des Uterus. 4^{58} Geburt des Kindes und Geburt der Placenta durch Auswischen. Ca. 12 cm langer Schnitt in der Nähe des Ansatzes des Ligt. rot. dext. beginnend. Entwicklung des kindlichen Fußes, Arm Lösung, Veit-Smellie. Dann wird die Uteruswunde durch Serosa, Muscularis, Mucosa durchgreifende Naht geschlossen, wobei Seide und Catgut abwechseln. 2 Spritzen Secale. 5^{07} Uteruswunde geschlossen, im Ganzen 4 Seidennähte; das Netz, welches an der seitlichen vorderen Bauchwand verschiedentlich verwachsen ist, wird abgetragen. 5^{28} Nachdem das Peritoneum überall frei präpariert ist, wird es teils mit Knopfnähten, teils mit fortlaufenden Nähten geschlossen. Im untersten Wundwinkel ist das Netz überall so derb mit der Fascie und der vorderen Bauchwand verwachsen, daß von einem Freipräparieren des Peritoneum auf der linken Seite Abstand genommen werden muß. 5^{35} Schluß des Peritoneum. 5^{47} Nachdem der Muskel in voller Ausdehnug freipräpariert ist, wird der M. rectus durch Knopfnähte vereinigt. Schluß der Hautwunde durch fortlaufende Catgutnähte. Knopflochnaht nach Resection eines größeren Lappens beiderseits. 6^{10} Schluß der Operation. Ergebnis: Kind männlichen Geschlechts 2950 gr. 52 cm lang 14 Minuten nach Extraktion apnoisch, dann erster Atemzug. Wochenbett: Am 2. Tage Urin spontan; Blähung auf Einlauf 3^{h} nachmittags desselben Tages. Temperatur 2 mal über 38,0 (38,3; 38,1) Patientin konnte erst am 24. Tage p. p. aufstehen wegen Jleus, der behandelt wurde mit Magenspülung, Na Cl-Jnfusion, Nährklistieren. Im oberen Drittel der neuen Narbe ist eine 2 cm lange, 1 cm breite Dehiscenz sonst Heilung per primam. Entlassung: der Mutter und des Kindes am 26. XII. 06, beide völlig gesund. Nahrung: Soxhlet. Später Kontrolluntersuchung: In der Mittellinie fühlt man zwischen Rectum und Vagina einen hühnereigroßen, derben, wenig höckerigen etwas druckempfindlichen Tumor, der (rectal befühlt) rechts vom Rectum breitbasig an der hinteren Beckenwand inseriert und anscheinend dem Beckenbindegewebe angehört. Vom Rectum, ebensowenig von der Vagina ausgehend. Uterusexsudat? Der Tumor (der mit den Adnexen nicht zusammenhängt) war bei der Untersuchung a. p. nicht zu fühlen.

10) K. B. 34j. 5p. 1906 Nr. 675. B. hatte als Kind Rhachitis. Frühere Geburten: I. Zangengeburt, Kind tot, II. Kaiserschnitt 1903, Kind lebte. starb nach 8 Tagen, III. Querlage: Wendung und Extraktion; großes totes Kind. Letzte Regel anfangs März 06, erste Kindsbewegung Mitte September 06. Platt rhachitisches Becken: 26:26:28. C. d. 10. C. V. 7,2 (oberes Promontorium) 8 (unteres Promontorium). 6. XII. 06 8^{h} p.m. Blasensprung. 9^{30} Wehenbeginn. II. dorsoposteriore Querlage. Rektaluntersuchung: Cervikalkanal teilweise entfaltet; für 2 Finger durchgängig. T. 37,4. Jndikation: Enges Becken; Status post Sect. caes.; Vitium cordis; vorzeitiger Blasensprung, Querlage. Operation: in Lu. An. + Scop. Morph. 11^{46} 15 cm langer Schnitt in der alten Narbe; 11^{48} Eröffnung des Peritoneums. Das Netz ist vorne mit dem Uterus etwas verwachsen. Uterus in der Mittellinie aufgeschnitten; man kommt sofort auf Placenta. Es wird durch Placenta durchgegangen und Uterus mit geknöpftem Messer 10 cm weit eröffnet. 11^{51} Kind an beiden Beinen

extrahiert. Placenta manuell gelöst. Dann werden abwechselnd Seide- und Catgutnähte durch die ganze Dicke des Uterus gelegt 2 Seidennähte in den Uterus versenkt. Uterus nicht vorgewälzt. Peritoneum fortlaufend mit Catgut geschlossen. 12^{02} Schluß des Peritoneums. 4 Seidennähte durch Haut und Fascie; dann wird die Haut fortlaufend mit Catgut vernäht und die 4 vorhergelegten Seidennähte geknotet. 12^{04} Schluß. Ergebnis: 1 lebendes Mädchen 2320 gr, 48 cm lang. Wochenbett: Am 1. Tage 38,5 am 3. 38,2 (R) Urin spontan am 1. Tag, Blähungen am 2. auf Einlauf. Entlassung: am 24. XII. 06 gesund. Die 3 Seidennähte haben entzündete Stichkanäle, sonst reaktionslose Wunde. Uterus stark eleviert anscheinend an die Bauchwunde adhaerent. Kind gesund, wurde gestillt.

11) L. K. 29j. 2p. 1906 Nr. 689. 1. Geburt durch Perforation des lebenden Kindes beendet. Kind groß. K. litt als Kind an Rhachitis. Letzte Regel 10. III. 06. Stark plattrhachitisches Becken. Promontorium tief, stark vorspringend. 29,5 : 30,5 : 34. C. d. 9,75 C. v. 6,25 II. Sch. Lg. 12. XII. 9^h p. m. Wehenbeginn. 13. II. 12^{10} a. m. Blasensprung während der Eröffnungsperiode, kräftige Wehen. Patientin war außerhalb einmal vaginal untersucht worden. In der Klinik einmal. Dabei wurde festgestellt: Nabelschnurvorfall. Dieser, die schlechten Herztöne und das enge Becken indizierten den Kaiserschnitt; gewichtig ist auch der Wunsch nach einem lebenden Kinde. Operation (Dr. Gauß): Sectio caes. classica in Lu. An. + Scop. Morph. Einspritzen von Ergotin. 3^h Beginn 14 cm langer Querschnitt, Handbreit oberhalb der Symphyse. 3^{02} Eröffnung des Peritoneums; durch Medianschnitt Eröffnung des Uterus. 3^{04} Extraktion des Kindes am Fuß. Dann Vorwälzen des Uterus, Expression der Placenta, provisorisches Zuklemmen der Bauchhöhle. Naht des Uterus mit 3 Seiden-14 Catgutknopfnähten. Versenkung des Uterus in die Bauchhöhle. Blutung steht vollkommen. Naht des Peritoneums durch Catgutknopflochnaht, 3^{21} geschlossen. Muskelnaht: 3 Catgutknopfnähte. Fascie: Operation. Kind, weiblich 4000 gr 55 cm lang; leicht asphyktisch. Wochenbett: Allmählicher Temperaturanstieg auf 38,7 (axillar) sonst normaler Verlauf des Wochenbettes. Aufgestanden am 5. Tage, legte sich wieder am 8. Tage (Verbandswechsel, Hautekzem) stand wieder auf am 10. Tage. Entlassung der Mutter und des Kindes am 18. Tage. Wunde reaktionslos verheilt.

12) Ch. B. 37j. 3p. 1907 Nr. 306. 1. Geburt durch Perforation, 2. durch Extraktion beendet. Als Kind Rhachitis. Letzte Regel 20. VIII. 06. 1. Kindsbewegung XII. 06. Plattrhachitisches Becken 27 : 30 : 33. C. v. 6,5. 17. V. 07 2^h p. m. Wehenbeginn. 18. V. 07 6^{15} p. m. Blasensprung bei Vornahme der Messung der C. v. Kind in I. Quer. Lg. Sofort wird die äußere Wendung auf den Kopf ausgeführt, sie gelingt ohne Nabelschnurvorfall, doch beginnen die kindlichen Herztöne bedeutend zu schwanken. Entscheidung zur Sect. caes. gibt eine unter intersivester Wehentätigkeit entstehende leichte aber gleichmäßige Blutung, besonders da innerlich untersucht und schon 30 Stunden seit Geburtbeginn verflossen sind. Ausführung des Kaiserschnittes nach der Modifikation von Frank wird beschlossen. Operation (Prof. Krönig: 8^{55} Querschnitt über die Symphyse 10 cm lang. Eröffnung des Peritoneums in gleicher Richtung wie Fascie incidiert. In gleicher Richtung wird das vom Uterus auf Blase sich hinziehende Peritoneum gespalten, dann wird der Oberlappen des Blasenperitoneums mit dem Perit. pariet. durch Knopfnähte vereinigt

und die freie Bauchhöhle aus dem Wundgebiet ausgeschaltet. 9^{10} der Peritonealabschluß beendet. Dann quer in den Uterus eingeschnitten; man hat genügende Oeffnung für die Extraktion des Kindes, 9^{15} geboren. Die Peritonealnaht ist in ganzer Länge aufgegangen, darum wird der freie Bauchraum nochmals in gleicher Weise abgeschlossen. 9^{24} stellt sich Placenta spontan in die Wunde ein; nach Geburt der Placenta werden die Schnittränder des Uterus vorgeangelt. Starke Blutung aus Vena uterina. Nach Unterbindung eine Astes auf der linken Seite steht die Blutung. Auf der rechten Seite gleichfalls Uterussubstanz bis ins Parametrium eingerissen. Es herrschten starke Blutungen, die durch mehrere Umstechungen und Gesamtligaturen zum Stillstand gebracht werden. Alsdann werden beide Uteruswände durch dicke Knopfnähte aneinander gebracht. Uterus selbst gut kontrahiert. Fixieren der Mm. recti. Fasciennaht, Bauchnaht. 10^{h} Schluß der Operation. Kind, hat die Nabelschnur 2 mal um den Hals gewickelt, ist tief asphyktisch. Belebung erst nach 20 Minuten. Männliche Frucht 2810 gr 50 cm lang. W o c h e n b e t t : Subfebril. Höchste T. am 5. Tage 37,9 (axillar). Stand auf am 3. Tage. Legte sich wieder zeitweilig wegen Schwäche. Entlassung am 3. VIII. 07 gesund. Wunde fast lückenlos verheilt. Uterus in der Gegend des Orificium intern. an die vordere Bauchwand fixiert. Portio stark eleviert.

13) **K. H.** 46j. 8p. 1907 Nr. 358. 4 Totgeburten, 2 lebend geborene Kinder, 1 künstliche Frühgeburt. Schwangerschaft. Letzte Regel Ende August 06. 1. Kindsbewegung 07. Plattrhachitisches Becken 24 : 28 : 30,5. C. v. 6,8—7,0. II. d. a. Quer. Lg. mit Armvorfall, Wendung auf den Kopf ausgeführt. Geburt: 12. VI. 5^{h} p. m. Wehenbeginn. 5^{40} Blasensprung, Muttermund 2 Markstück groß, es wird beschlossen, zu warten, ob bei Schädellage, nicht die spontane Geburt vorsichgehen wird. Später sind die Wehen aber sehr schwach, wegen der Gefahr des Kindes (schwankende Herztöne) wird die Sec. abdom. ausgeführt, in Lu. An. O p e r a t i o n (Prof. Krönig): in Lu. An. 13. VI. 12 p. m. Suprasymphysärer Querschnitt, Querdurchtrennung der Fascie, Geradedurchtrennnung der Mm. recti. Peritoneum quer durchtrennt, dann wird das Uterusperitoneum etwas oberhalb des Blasenansatzes querdurchschnitten, die obere Lamelle etwas abpräpariert mit dem oberen Zipfel des Per. pariet. verknüpft. Nachdem die freie Bauchhöhle nach oben abgeschlossen ist, wird auf den Uterus eingeschnitten, dabei stark venöse Blutung, die sofort durch Unterbindung gestillt wird. Der Schnitt im Uterus wird nach beiden Seiten bis in die Gegend der Gefäße fortgesetzt. Die Schnittränder werden mit Knopfnähten versorgt. Da die Oeffnung für den Kopf nicht groß genug ist, so wird ein 2. 3 cm langer Schnitt von der Mitte des Querschnittes aus nach oben in der Medianlinie angelegt, ein 3. Schnitt außerdem nach unten in gleicher Richtung. 12^{48} p. m. Geburt des Kindes. Kind lebensfrisch. Die Peritonealnaht ist an einer kleinen Stelle infolge eines technischen Fehlers auseinandergegangen, wird wieder vernäht. Die Placenta wird manuell gelöst, sie sitzt an der Hinterwand. Da der Uterus sich schon kontrahiert hat, läßt sich die Placenta erst lösen, nachdem der eben geschlossene Schnitt wieder geöffnet wurde. 12^{55} Geburt der Placenta vollständig, dann wird der Querschnitt des Uterus und der Längsschnitt genäht. 1^{5} Uterusnaht beendet, dann wird das Blasenperitoneum über die Uteruswunde herüber gezogen und mit der oberen Hälfte des Perit. pariet. wieder verknüpft. Die Mm. recti werden wieder vereinigt, darüber wird die Fascie mit Knopfnaht vereinigt.

Knopflochnaht der Haut. 1^{22} Schluß der Operation. Wochenbett: Fieberhaft. Rektaltemperatur stieg am 16. Tage abends auf 40,0. Am 1. Tage spontane Urinentlerung, am 2. Tage katherisiert, dann wieder spontan. Blähung spontan am 1. Tage. Patientin stand auf am 3. Tage, legte sich wegen hohen Fiebers wieder am 9. Ursache der Fiebersteigerung: Peritonitis, Endometritis septica. Am 19. und 20. Tage T. 39,9 dann Exitus. Die Sektion ergab: Septische Operationswunde, Nekrose der Mm. recti, Endometritis septica, eitrige Peritonitis, fribrinöse Pleuritis und Pericarditis, zahlreiche Embolien in der Leber (Strepto-Coccus longus). Kind gesund, männlich 2850 gr 50 cm lang. Soxhlet.

14) E. Sp. 37j. 1p. 1907 Nr. 361. August 1906 letzte Regel. Enges Becken 24 : 27 : 31. Geburt: 13. VI. 7^{h} p. m. Wehenbeginn. 14. VI. 6^{30} a. m. Blasensprung. Kindlicher Kopf beweglich über dem Becken, kräftige Wehen. Muttermund klein, Handteller groß. Jndikation: schwankende Herztöne, enges Becken. Operation: Suprasymphysärer Querschnitt (Prof. Krönig) in Lu. An. Skop. Morph. 11^{48} Beginn: Musculi recti beiderseits zur Hälfte eingeschnitten. 11^{56} Peritoneum wird eröffnet, quer gespalten, Blase abgeschoben. Dann wird vom tiefsterreichbaren Punkte aus der Uterus in der Medianlinie aufgeschnitten, oben ein Querschnitt daraufgesetzt, bis eine genügend große Oeffnung im Uterus vorhanden ist. Der Kopf des Kindes wird durch den Schlitz durchgezwängt. Kind ist leicht asphyktisch, in Gesichtslage geboren. Manuelle Lösung der Placenta, starke Blutung. Der Schnitt der Sagittalebene wird durch durchgreifende Nähte vernäht, dann wird der obere Querrand im Perit. parietale auf den Uterus aufgenäht und dadurch Bauchhöhle gegen Kaiserschnittwunde abgeschlossen. Desgleichen wird die abgeschobene Blase wieder auf den Uterus aufgenäht. Dann wird der Rest der Kaiserschnittwunde überkleidet mit seitlichem Peritoneum. Vereinigung der quer incidierten Musc. recti. Fascie durch Knopfnähte vereinigt, Haut durch Knopflochnähte geschlossen. Schluß 12^{28}. Nähere Angaben fehlen.

15) D. C. 23j. 1p. 1907 Nr. 450. Letzte Regel 29. X. 06. 1. Kindsbewegung I. oder II. 07. Allgemein verengtes Becken, 23 : 26 : 29. C. v. 8,2. Geburt: 28. VII. 7^{h} a. m. Wehenbeginn, 29. VII. 9^{h} a. m. Blasensprung. 10^{5} da nach dem bisherigen Verlauf eine spontane Geburt nicht erwartet werden darf, so wird in Anbetracht der dauernd schlechten Herztöne und der drohenden Erschöpfung der Mutter der Kaiserschnitt vorbereitet. Operation: (Prof. Krönig) Lu. An. + Scop. Morph. 8^{3} Querer Bauchschnitt über Symphyse, quere Spaltung der Fascie, Ablösung der Fascie. Durchtrennung der Mm. recti in der Medianlinie, Eröffnung des Peritoneums, wobei sich etwas Ascites in der Bauchhöhle zeigt. 8^{14} Uterus wird längs eröffnet. Vom Kind ist zuerst 1 Fuß extrahiert, es werden Atembewegungen gemacht, bevor der Kopf geboren ist. 8^{16} Kind geboren. Dann manuelle Lösung der Placenta, Entfernung der Eihäute. Vollständige Naht des Uterus, geringe Blutung. Catgut und 2 Seidenfäden werden durch die ganze Uteruswand gezogen. Uterusnaht: die Nahtstelle wird so weit wie möglich, durch fortlaufende Peritonealnaht überdacht. 8^{26} Schluß der Peritonealnaht, der Uterus wird versenkt. Fortlaufende Peritonealnaht. Die Muskulatur wird durch Knopfnähte vereinigt, ebenso die Fascie. 8^{34} Ende. Wochenbett: Verlief normal, Kind: männlich 2700 gr 46 cm lang, lebensfrisch, kräftig.

Soxhlet. Entlassung: Mutter gesund, Kind tot am 14. Tage. Anatomische Diagnose: Aspiration von Fruchtwasser, Enteritis follicularis.

16) J. A. 21j. 1p. 1907 Nr. 578. Als Kind bestand Rhachitis. Letzte Regel XII. 06. Kyphotisch trichterförmig verengtes Becken. Geburt: Wehenbeginn 29. IX. 8^{h} am. II. Sch. Lg. 3^{40} p. m. Blase gesprengt. Einmalige Vaginaluntersuchung außerhalb der Klinik. Rektaluntersuchung 2^{30} ergab Muttermund vollständig eröffnet. Kopf beweglich, teilweise im Becken, Blase steht noch. Wegen der erhöhten kindlichen Herztöne wird dieselbe gesprengt. Mekoniumabgang und Stillstand der Geburt bei stark verengtem Beckenausgang. Drum wird die Sec. caes. beschlossen. Operation (Dr. Gauß): Chlor. Aeth. + Scop. Morph. N. 9^{26} p. m. 2 Spritzen Ergotin. 9^{27} Querschnitt 4 Querfinger unterhalb des Nabels, 9^{30} Eröffnung des Peritoneums. Eröffnung des Uterus durch einen ca. 12 cm. langen Schnitt in der Medianlinie, die Placenta wird zum Teil geschnitten. 9^{32} das Kind am Fuß extrahiert. Placenta mit den Eihäuten herausgezogen. Uterusnaht: 16 Catgut- und 3 Seidennähte. Die Zwischenräume werden noch durch Catgut vernäht. Uterus contrahiert sich gut; keine nennenswerte Blutung. 9^{41} Schluß der Uterusnaht. 9^{45} fortlaufende Peritonealnaht. Naht der Mm. recti durch Knopfnähte. Knopfnaht der Fascie, Knopflochnaht der Haut. 9^{59} Schluß der Operation. Wochenbett: Patientin stand am 2. Tage auf, am 4. Temperatursteigerung auf 38,2 (rektal) sonst fieberfreier Verlauf bis zum 16. Tage, wo von Neuem subfebrile T. infolge mastitischer Reizung bestanden. Am 1. und 2. Tage katheterisiert am 3. spontan. Kind: männlich 2450 gr, 50 cm lang apnoisch. Entlassung: am 17. Tage Mutter gesund, Narbe p. p. verheilt. Soxhlet.

17) A. B. 36j. 7p. 1907 Nr. 579. 2 Spontan-Geburten, Kinder tot geboren 3. und 4. Geburt durch Wendung und Extraktion beendet, 5. Geburt durch Perforation. 6. Geburt, spontan, Kind lebt. Letzte Regel XII. 06. Plattrhachitisches Becken, 24,5 : 27,5 : 30,5 C. d. 10 C. v. 7,5. 29. IX. 3^{h} p. m. Wehenbeginn, 30. 6^{30} a. m. Blasensprengung I. Sch. Lg. 6^{15} Muttermund Handteller groß, Blase steht, sehr wenig Fruchtwasser. Kopf hoch über dem Becken. Kindliche Herztöne über 160. Blasensprengung, wobei sehr wenig Mekoniumhaltiges Fruchtwasser abfließt. Der Kopf tritt nicht wesentlich tiefer, Herztöne normal, Wehen vorzüglich. Da die Geburt trotzdem keinen Fortschritt macht und die kindlichen Herztöne dauernd 160 betragen, wird die Entbindung durch Sect caes. abdom. beschlossen. Operation (Dr. Gauß): Lu. An. + Morph. Scop. 12^{55} p. m. Querschnitt 4 Querfinger breit oberhalb des Nabels. Infolge weiter Rectus-Diastase ist innerhalb der Wunde kein Muskel zu sehen. Eröffnung des Uterus in Mittellinie, der Schnitt führt durch Placenta. 1^{5} Extraktion des Kindes am Fuß. Placenta mit den Eihäuten wird hervorgezogen. Uterusnaht vor der Bauchhöhle. Der Schnitt ist weiter eingerissen, es zeigt sich, daß er infolge des Hängeleibes fast am Fundus steht. Der Zwischenraum wird noch mit Catgut vernäht. 1^{31} Schluß der Uterusnaht, dann Knopfnähte der Fascie. Diese wird wegen anormaler Dünne mit 17 Nähten versehen. Fasciennaht, Hautnaht. 1^{50} Schluß der Operation. Kind: weiblich 3200 gr 52 cm lang, lebend. Wochenbett: Am 1. Tage 38,7 T. (axillar) am 2. T. 38 sonst dauernd normal. Patientin stand am 1. Tage auf Urin spontan. Entlassung: Der gut verheilte Querschnitt secerniert in der Mitte noch etwas. Der Uterus scheint an der Wunde fixiert zu sein, Mutter und Kind gesund. Soxhlet.

18) A. M. 29j. 3p. 1907 Nr. 649 1 spontane Geburt und Perforation nach vergeblichem Wendungsversuch. Letzte Regel II. 07. Enges Becken. 29,5 : 31 : 37 C. d. 11 C. v. 8,5. I. Sch. Lg. 10. XI. 12^h Wehenbeginn. 5^3 Blasensprung. 11. XI. 1^{50} a. m. Muttermund 5 Markstück groß. Kopf beweglich über dem Becken. Schlechte Herztöne unter hundert; Mekoniumabgang und das enge Becken indizieren den Kaiserschnitt. Operation (Dr. Gauß): Lu. An. 6^{17} Schnitt quer zwischen Nabel und Symphyse durch Haut und Fascie, längs in dem Peritoneum. Längsschnitt median im Uterus. Verlängerung mit dem Knopfmesser. 6^{30} Geburt des Kindes. Leicht asphyktisch. Entwicklung der Placenta manuell. Die Besichtigung der Wunde ergibt, daß der Uterusschnitt, weil zu klein, nach unten weiter gerissen ist. Naht der Uteruswunde mit 16 Catgut und 4 Seidennähten, wobei die Versorgung des unteren Wundwinkels etwas Schwierigkeiten macht. NB.! Die Operation war durch mehrfaches Abtreten eines Assistenten kompliziert. Kind: männlich, 4000 gr 51 cm lang. Oligopnoisch. Atmung nach 3 Minuten. Wochenbett: Am 2. Tage Temperatursteigerung auf 38,8 (rektal) hielt sich 3 Tage in dieser Höhe und stieg am 6. Tage auf 39,8. Lochienentnahme. Patientin war am 3. Tage aufgestanden, legte sich wieder wegen Fieber am 6. Tage und blieb zu Bette. T. hielt sich bis zum 13. Tage zwischen 38,0 und 39,0. Der Ausfluß war überaus stinkend, der Puls verhältnismäßig normal. Wunde fast ganz verheilt. Am 2. katherisiert, abends spontan Urinentleerung. Ursache des Fiebers: Endometritis. Bauchwunde noch nicht verheilt in der Mitte mit einigen pilzartigen Granulationen bedeckt. Auf dem Abdomen an verschiedenen Stellen Furunkel. Sonst gesund. Entlassen am 33. Tage. Soxhlet

19) L. S. 29j. 3p. 1907 Nr. 666. 1. Geburt beendet durch Zange, 2. durch Perforation. Letzte Regel I. 07. 1. Kindsbewegung VI. 07. Plattrhachitisches Becken 25 : 28 : 30 C. v. 8,5 C. d. 10,25 Sch. Lg. 19. XI. 6^{30} p. m. Wehenbeginn. 10^{45} Blasensprung. Hierauf gehen die kindlichen Herztöne bis unter 100, obgleich die Beckenmasse keine absolute Jndikation für den operativen Eingriff darboten, so wird doch wegen engen Beckens und der schwankenden Herztöne und weil der Kopf immer noch beweglich über dem Beckeneingange stand die Sect. caes class. beschlossen. Muttermund Kleinhandteller groß. (Rektal): Operation (Dr. Pankow): Lu. An. 20. XI. 07. 12^{40} am Beginn. Querschnitt durch die papierdünnen Bauchdecken und das Peritoneum. Einstich in den Uterus und Erweiterung des Schnittes. 12^{42} Geburt des Kindes, das sehr groß ist. Placenta manuell gelöst. Vernähung des Uterus mit durchgreifenden Catgutnähten, die die Serosa nicht mitfassen. und mit 3 ebensolchen Seidenknopfnähten. Jsolierte Serosaknopfnähte. Fortlaufende Vernähung des Peritoneums, der Fascie und der Haut mit fortlaufenden Knopflochnähten. 1^{30} Ende der Operation. Blutverlust sehr gering. Wochenbett: war febril. Rektaltemperatur mehrmals über 39. Höchste 39,5 am 5. Tage, dann Abfall. Am 2. und 3. Tage klagt Patientin über heftige Kopfschmerzen, besonders beim Aufsitzen: auch Erbrechen beim Aufsitzen. Patientin stand am 1. Tage auf, legte sich wieder am 3. Tage, stand dann zeitweilig wieder auf. Blähungen am 2. Tage bei Einlauf, Stuhlgang am 3. auf Einlauf. Schlaffheit der Bauchdecken, am rechten Oberschenkel eine oberflächliche Vene thrombosiert. Haut darüber gerötet, Stelle druckempfindlich. Schmerzen lassen auf Einwickeln nach, doch sind die

Thromben noch ausgedehnt über die ganze obere Hälfte der Innenseite der Oberschenkel. 30. XI. keine Fieber mehr, Patientin steht auf. Keine Kopfschmerzen auch kein Erbrechen mehr. Kind: männlich, 4300 gr 54 cm lang. Lebend, apnoisch. Entlassung: Narbe lückenlos verheilt. Patientin ist gesund. Nach einigen Tagen trat wieder häufig Kopfweh und Erbrechen auf, manchmal 3 mal am Tage auch bei nüchternem Magen.

20) J. St. 39j. 12p. 1907 Nr. 725. Patientin hatte eine spontane Geburt, wurde 7 mal durch Zange entbunden, und 3 Fehlgeburten. Als Kind bestand Rhachitis. Letzte Regel 8. IV. 07. 1. Kindsbewegung IX. 07. Plattrhachitisches Becken 27 : 28 : 31,75 C. d. 9,5, C. v. 7,2. II. d. ant. Quer. Lg. 22. XII. 11 a. m. Wehenbeginn, leichte Wehen. Muttermund geschlossen, Fruchtblase steht. Da die äussere Wendung misslingt, so wird die Jndikation zum klassischen Kaiserschnitt als bestehend angesehen. Operation (Dr. Adolph): in Lu. An. + Scop. Morph. 6^{40} p. m. Beginn. 6^{45} Kind geboren, manuelle Lösung der Placenta, Sitz hinten. Schluß 7^{35} p. m. Kind weiblich, 2800 gr 50 cm lang. Oligopnoisch. Wochenbett: Temperatursteigerung am 3. Tage auf 38,6 (R.). Patientin fühlt sich am 2. Tag wohl, steht auf. Gegen Abend Erbrechen, der Leib treibt sich auf, auf Einlauf keine Blähung. Leib treibt sich immer stärker auf, mehrmaliges Erbrechen, und immer noch keine Blähungen abgegangen, da aber Peristaltik bemerkt wird, wird von der beabsichtigten Kolotomie Abstand genommen. 24. XII. Weitere Verschlimmerung, der Leib ist enorm aufgetrieben, weich, nicht druckempfindlich. Patientin bricht fortwährend, Puls wird schlechter. Da keine Blähungen abgehen, wird Abend mit Lokalanaesthesie der Darm an 2 Stellen eröffnet und in die Bauchwand eingenäht, 1 mal am Coekum und da sich nur wenig Inhalt entleert an einer Dünndarmschlinge. Auch hier entleert sich nur wenig Inhalt. 25. XII. der Zustand verschlimmert sich. Aus den Darmöffnungen entleert sich so gut wie nichts, der Puls wird kaum fühlbar. Unter fortwährendem Erbrechen und Aufstoßen tritt am 6. Tage p. p. der Exitus letalis ein. Kind gesund. Entlassen. Soxleth. Sectionsbericht ergibt eine völlige Verlegung des Duodenum durch den polsterartig stark aufgeblähten Magen. Eine Peritonitis oder irgendwelche lokale Sepsis wurde nicht gefunden.

21) A. Sch. 36j. 2p. 1908 Nr. 24. 1. Geburt durch Kunsthülfe beendet, einmal Einleitung der künstlichen Frühgeburt. Als Kind Rhachitis. Letzte Regel 15. IV. 07. 1. Kindsbewegungen X. 07. Plattrhachitisches Becken 25,5 : 26,5 : 29,5 C. d. 9,75 C. v. 7,4. 14. I. 08 4^h am Wehenbeginn Sch. Lg. 11^h. Da nach 3 stündigen kräftigen Wehen der Kopf immer noch beweglich über dem Becken steht und die kindlchen Herztöne öfters unter 100 sinken, so muß angenommen werden, daß die spontane Geburt nicht erfolgen kann wegen abnormer Grösse des Kindes. Somit ist die relative Jndikation zum klass. Kaiserschnitt gegeben. Operation (Prof. Krönig): Lu. An. + Skop. Morph. 12^{27} Querschnitt $2^1/_2$ Finger unter dem Nabel. Nach Durchschneiden der Fascie finden sich die beiden Rect 2 cm entfernt. 12^{28} Eröffnung des Peritoneum, Uterus in der Medianlinie eingeschnitten. Mit Knopfmesser genügend erweitert unter Schonung der Eihäute. 12^{32} Kind mit dem rechten Fuß extrahiert, Armlösung. Manuelle Lösung der Placenta. 12^{34} Uterus in die Bauchhöhle gebracht, dann werden zunächst durchgreifende Nähte gemacht, welche nicht geknotet werden. Dann die Deciduaränder mit etwas Muskulatur mit dünnem Catgut aneinander gebracht. Ueber diese Naht

eine 2. Muskelnaht, dann wird die durchgreifende Naht geknüpft. Ueber die Uterusnaht wird am unteren Ende das seitliche Gewebe zwecks Peritonisierung hervorgebracht. 12^{47} Appendektomie; fortlaufende Peritonealnaht. Da die Tupferzahl nicht stimmt, wird Bauchhöhle wieder eröffnet, Tupfer nicht gefunden, fortlaufende Hautnaht. 1^{13} Schluß der Operation. Kind: männlich 4200 gr. Oligopnoisch. 52 cm. Soxhlet. Wochenbett: In den 1. Tagen Meteorismus ohne Fieber. Am 6. Tage 38,3 (R) sonst normaler Verlauf. Entlassung am 15. Tage. Narbe gut verheilt. Mutter und Kind gesund. Soxhlet.

22) B. M. 29j. 2p. 1908 Nr. 65. 1 künstliche Frühgeburt im 8. Monat dann Wendung mit nachträglicher Extraktion (?). Als Kind Rhachitis, letzte Regel 4. IV. 07. 1. Kindsbewegung III. 07. Plattrhachitisches Becken 23,5 : 24 : 28. C. d. 11, C. v. 7,5—7,6. II. Sch. Lg. 2. II. 08 4^{h} am Wehenbeginn. 4^{45} p. m. Blasensprengung am Ende der Eröffnungsperiode. Mäßige Wehen, Rektale Untersuchung ergibt: Kleinhandtellergroßer Muttermund. Kopf bleibt beweglich über dem Beckeneingang. Operation (Dr. Pankow): Lu. An. + Skop. Morph. 7^{15} p. m. Querschnitt zwischen Nabel und Symphyse. 7^{20} Eröffnung des Peritoneums. Längsschnitt in den Uterus. 7^{23} Kind geboren. Sofortige Lösung der Placenta. Vernähung der Uteruswunde durch 4 durchgreifende Catgutnähte, die erst geknüpft werden, nachdem die Wundränder durch versenkte Knopfnähte, und oberflächliche Nähte vereinigt sind. 7^{45} Uteruswunde versorgt, 7^{47} Peritoneum geschlossen. Muskulatur und Fascie durch Knopfnähte, Haut durch fortlaufende Knopflochnaht geschlossen. 8^{h} Schluß der Operation. Kind: männlich 3400 gr 54 cm lang; lebt. Oligopnoisch. Wochenbett: Subfebrile Temperatursteigerung am 4.—9. Tage. Höchste T. 38.3 (rektal). Sonst normaler Verlauf. Aufgestanden am 2. Tage. Entlassung am 16. Tage. Uterus an der vorderen Bauchwand fest adhaerent und dadurch nach vorne fixiert und eleviert. Die Verwachsungen scheinen sich über den größten Teil der Peritonealnaht zu erstrecken. Kind gesund.

23) F. M. 26j. 4p. 1908 Nr. 190. 4 spontane Geburten. Letzte Regel 5. August 07. 1. Kindsbewegung XII. 07. Am 24. III. 08 wird auf Grund innerer Untersuchung außerhalb die Diagnose der Placenta praevia gestellt. 25. III. 8^{h} p. m. Wehenbeginn, bei jeder Wehe ging viel Blut ab. Operation (Dr Adolph): In Aeth. Chlor. N., da eine Pulsation bei der Vorbereitung der Lu. An. nicht erreicht wird. 11^{1} Uhr Querschnitt zwischen Nabel und Symphyse. Eröffnung des Peritoneums und Uterus durch Längsschnitt. 11^{7} Geburt des Kindes durch Extraktion. 11^{9} Manuelle Lösung der Placenta. Naht des Uterus durch durchgreifende und oberflächliche Nähte. Seröse Uebernähung der Wunde. Uterus während der ganzen Zeit andauernd atonisch. Auch nach der Versenkung des Uterus bleibt er weich, daher Scheidenspülung, worauf er sich besser zusammenzieht. Peritoneum durch fortlaufende Naht verschlossen; Fascie durch Knopfnaht, Vernähung der Bauchdecken durch fortlaufende Catgutknopflochnaht mit Zwischennähten. Kind: weiblich 1300 gr 40 cm (im 8. Monat der Schwangerschaft) schwächlich, lebend, asphyktisch, nicht reif. Wochenbett: Verläuft normal. Maximale T. am 7. Tage 38,0 (rektal). Stand am 2. Tage auf. Entlassung: Wunde ideal verheilt, Kind gesund. Soxhlet.

24) A. Sch. 6p. 1908 Nr. 295. Geburten: 1. Zangengeburt, 2. Zangengeburt nach Wendung, 3. Perforation, 4. Perforation, künstliche Frühgeburt, 5. 22. IV. 06 Hebotomie. Wochenbett verlief jedesmal

normal. Letzte Regel 4. VIII. 07. Erste Kindsbewegung XII. 07. Beckenmasse: 26 : 27,5 : 31. 2. Hinterhauptslage. 8. V. 08 10^{h} p. m. Wehenbeginn. 11^{30} Blasensprung. Wehen sind sehr schwach und lassen bald nach; Frau verläßt den Kreissal; 9. V. 12^{30} a. m. Wiederaufnahme, da die Wehen kräftiger werden. 3^{h} p. m. Kopf beweglich über dem Beckeneingang. Da sich in den folgenden Stunden der Zustand nicht ändert, die kindlichen Herztöne aber bedrohlich zahlreich werden, wird die Entbindung durch den abdominellen Kaiserschnitt beschlossen, da auch ein enges Becken vorhanden, der Status post Hebotomiam und die Frau ein lebendes Kind wünscht. T. 37,1 Operation (Dr. Pankow: in Lu. An. + Skop. Morph. 9^{40} Beginn. Schnitt in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse. 9^{42} Eröffnung des Peritoneums. Längsspaltung des Uterus in Medianlinie. Unter dem Schnitt befindet sich die Placenta. Hervorholen des Fußes. 9^{58} Extraction beendet. Naht des Uterus durch 2 Etagenknopfnähte und durch 5 durchgreifende Catgutnähte. 10^{04} Naht des Uterus beendet. Uterus wieder in die Bauchhöhle versenkt. Naht des Peritoneums fortlaufend. 10^{10} Peritoneum geschlossen. 10^{12} Naht der Mm. recti. Hautnaht fortlaufende Catgutknopflochnaht mit Zwischennähten. Ende 10^{20}. Lebensfrisches Mädchen 2800 gr schwer. Wochenbett verlief glatt; höchste (einmalige) Temperatur 38,4 (R) am 13. Tage. Stand auf am 1. Tage p. p. Entlassung: am 16. Tage gesund mit gesundem Kind. Gestillt und Soxhlet wegen Milchmangels.

25) M. D. 33j. 2p. 1908 Nr. 327. 1. Geburt durch Wendung und Extraktion beendigt, Kind starb alsbald. 10. VIII. 07 letzte Regel. I. 08. erste Kindsbewegungen. Beckenmasse: 28,5 : 30,0 : 33. C. v. 7 cm. 1. H. H.-Lage. 26. I. 6 p. m. mäßiger Wehenbeginn. Rektaluntersuchung ergibt: Kopf nicht ins Becken eingetreten. Portio steht in der Höhe der Jnterspinallinie. Muttermund 1 Markstück groß erweitert. Es wird abgewartet bis starke Wehen beginnen, dann Operation (Dr. Pankow): in Lu. An. 2^{30} p. m. Querschnitt zwischen Nabel und Symphyse. 2^{37} Eröffnung des Peritoneum. Spaltung des Uterus in der Medianlinie. Extraktion des Kindes. Bei Spaltung des Uterus wird der linke Unterarm des Kindes eingeschnitten. Es wurden in den Arm 2 Catgutnähte gelegt. 2^{47} Expression der Placenta. Kleine subseröse Myome. Es handelt sich um einen Uterus subseptus. Das Septum reicht beinahe bis zur Höhe des Orificium int. uteri. Die rechte Uterushälfte schwächer, durch die Schwangerschaft mehr vorgebuchtet. Auch in der linken Uterushälfte sind Eihäute entwickelt. Bei der abnormen Dicke der Uteruswand (6.25 cm) wird zunächst die Septumwand durch die gegenüberliegende Wand der rechten Seite mit ihren internen Bündeln vernäht. Es werden 7 Catgutnähte durch die ganze Dicke des Uterus gelegt und die äusseren $^{2}/_{3}$ der Muskulatur durch Knopfnähte vereinigt. Zur Unterstützung der Naht werden 3 dicke Seidennähte gelegt. 3^{27} Schluß der Uterusnaht. 3^{32} Schluß des Peritoneum durch fortlaufende Catgutnaht. Die Muskeln werden in der Mittellinie durch Knopfnähte vereinigt. Fascie durch Knopfnaht geschlossen. Schluß der Hautwunde durch fortlaufende Catgutnaht. Knopfzwischennähte. Schluß der Operation 3^{50}. Blutverlust sehr gering. Ein lebensfrisches männliches Kind 3090 gr 50 cm lang. Wochenbett: 28. V. Leib stark aufgetrieben, es gehen keine Blähungen ab. Pat. hat Aufstoßen und mehrmaliges Erbrechen. Keine Peristaltik. Mehrere Einläufe haben keinen Erfolg. 29. V. Pat. war etwas auf, mußte sich aber gleich wieder legen. Leib noch stärker aufgetrieben, keine Blähungen.

Sehr häufiges Aufstoßen. Auf Kochsalzeinlauf gehen abends reichlich Blähungen ab, der Zustand bessert sich dann sehr rasch. Von da ab reaktionsloser Verlauf. Rektal-Temperatur am 28. V. 38,8 am 31. 38,6, am 1. VI. 38.1 sonst normal. Entlassung: der Mutter am 10. VI. gesund. Narbe tadellos verheilt mit Ausnahme einiger Fadeneiterungen. Kind gesund 3380 gr wurde gestillt und bekam Soxhletnahrung.

26) R. M. 42j. 5p. 1908 Nr. 352. 1. Spontangeburt. 2. Frühgeburt mit 5 Monaten. 3. Frühgeburt mit 7 Monaten. 4. Steisslage, Kunsthilfe, Kind tot. Letzte Regel 10. IX. 07. Januar 08 erste Kindsbewegungen. Beckenmasse: 26 : 29,5 : 31,5. C. v. 7,6. II. dorsoposteriore Querlage, Plattrhachitisches Becken. 4. VI. 9^h am Wehenbeginn. Rektaluntersuchung ergibt: Muttermund 10 Pfennigstück groß. Cervix nicht enfaltet. Fruchtblase steht. Da infolge eines engen Beckens und Querlage eine Spontangeburt ausgeschlossen scheint und die Frau ein lebendes Kind wünscht, wird S. caes. cerv. in maximaler Beckenhochlagerung beschlossen. T. 37,2. Operation (Prof. Krönig): in Chloroform-Aether Narkose + Scop. Morph. 6^{35} Beginn: 5 cm langer Schnitt oberhalb der Symphyse. 6^{38} Eröffnung des Peritoneum. 6^{40} Ablösung der Blase nach querer Spaltung der visceralen Peritoneum. Leichter Ascites. 6^{42} Längsincision in den Halsteil des Uterus. 6^{43} Eröfffnung der Fruchtblase. 6^{46} Vorholen des Fußes. 6^{47} Kind geboren, apnoisch. Abnabelung sofort. 6^{48} Expression der Placenta. 6^{49} Placenta geboren. Schnitt erstreckt sich nach unten bis zum äußern Muttermund. 6^{55} Cervixicision durch durchgreifende Catgutnähte vernäht. 6^{56} Kind schreit nach mechanischen und thermischen Hautreizen. 7^h Wiederannähen der Blase und Vereinigung der durch Peritonealschnitte entstandenen Wundflächen. 7^{05} Das Blasenperitoneum wird derart an den Schnittrand des Uterusperitoneum genäht, daß die Uterusnaht vollständig extraperitoneal liegt. 7^{09} Schluß des Peritoneum. Fortlaufende Hautnaht. 6 Zwischennähte. 7^{20} Schluß der Operation. Kind weiblich 3000 gr 53 cm lang. Wochenbett: Verlauf außergewöhnlich reaktionslos. Zweimalige Temperatursteigerung am 1. und 2. Tage (je 38,4 R.), sonst normale Temperaturen. Patientin macht den Eindruck einer normalen Wöchnerin. Stuhlgang und Blähungen schon am 1. Tag auf Einlauf. Keine Spur von Blähungsbeschwerden oder peritonealen Reizerscheinungen. Entlassung: Am 7. VI gesund. Bauchwunde: Seitenteile trocken. In der Mitte einige feuchte Stichkanäle. Gestillt und Soxhlet, da nicht genügend Milch vorhanden.

27) R. H. 32j. 3p. 1998 Nr. 382. 2 Spontangeburten. Letzte Regel 20. VIII. 08. Erste Kindsbewegungen I. 08. Geburt: 17. VI. 3^h p. m. Einlieferung in die Klinik, da die seit 3 Wochen bestehenden geringfügigen Blutungen mit dem Eintritt der Wehen sehr reichlich werden. Die Wehen hatten bereits seit 12 Stunden eingesetzt. Rektaluntersuchung: 1. Schädellage, Muttermund 5 Markstück groß eröffnet. Leitstelle 2 Querfinger über der Linea interspinalis. Jndikation: Placenta praevia. Operation (Dr. Pankow): in Lu. An. + Chlor. Aeth. 4^{50} p. m. Hautschnitt. 4^{55} Fascienquerschnitt. 4^{49} Eröffnung des Peritoneum, Längsschnitt in den Fundus uteri. 5^{11} Herausholen des Fußes und Entwicklung des Kindes. Reichlich Meconium im Fruchtwasser. 5^{04} Entfernung der Placenta und der Eihäute. Tamponade des Uterus mit Xeroformgaze. 5^{07}—5^{20} Uterus durch durchgreifende Nähte geschlossen, nachdem einige größere Umstechungen angelegt. 5^{20} Entfernung der Tamponade. 5^{25} Schluß

der Uteruswunde durch oberflächliche Nähte, 5^{26} Versenkung des Uterus. Das Netz wird nach vorn heruntergelegt. 5^{27} fortlaufende Peritonealnaht. 5^{30} Bauchhöhle geschlossen. 5^{32} Schluß der Muskelschicht durch Catgutknopfnähte. 5^{36} Schluß der Fascien. 5^{38} Schluß der Haut durch fortlaufende Catgutnaht mit Zwischennähten. 5^{42} Schluß der Operation. Lebendes Mädchen. Asphyktisch 2850 gr 52 cm lang. Wochenbett: Blähungen am 1. Tag auf Einlauf; am 2. und 6. Tage 38,1 (R) sonst normale Temperaturen und glatter Verlauf. Entlassung: der Mutter mit Kind am 1. VII. 08 beide gesund. Gestillt und Soxhlet.

28) J. B. 29j. 2. 1908 Nr. 397. 1. Geburt: Forceps wegen Wehenschwäche. Kind tot. Letzte Regel 31. VIII. 07. 1. Kindsbewegungen Januar 08. 1. Schädellage. Geburt: 21. VI. 08 Wehenbeginn 11^{h} a. m. Blasensprung, 11^{05} a. m. 2 Vaginale und 4 rektale Untersuchungen. Beckenmasse: 27,5 : 30 : 32, C. v. 8.5. Nabelschnurvorfall. Reposition der Nabelschnur in Narkose. Muttermund handtellergroß. Leitstelle 2 Querfinger über der J. sp.-linie. Herztöne werden immer schlechter, setzen zeitweise aus. Indikation: Gefährdung des Kindes, enges Becken. Operation (Prof. Krönig): Aether-Chloroform + Scop. Morph, Beginn 1^{14} p. m. 1^{18} Oeffnung des Peritoneum. Blase weit emporgehoben, läßt sich schwer zurückschieben. Querdurchtrennung der Cervix in der Höhe der Cervix. Längsspaltung der Cervix bis zum Contraktionsring. Kopf wird vom Rectum aus emporgedrückt. 1^{28} Kind extrahiert. Uterus wird nicht vorgewälzt, durch Catgutknopfnähte geschlossen. Quere Peritonealfalte links vernäht. Placenta durch Credé entwickelt (vollständig). Uterus wurde in seinem mittleren Teile nur in seiner Muskulatur und Mucosa gefaßt, in den Endteilen der Wunde zugleich mit dem Peritoneum. 1^{38} Uterus geschlossen. Die quere Peritonealwunde über dem Uterus durch Catgutnähte geschlossen. Die Blase wird oberhalb der Uteruswunde mit diesem vernäht und dadurch der Schnitt extraperitoneal gelagert. Schluß des Peritoneum durch fortlaufende Catgutnaht, der Muskulatur durch Catgutknopfnähte, ebenso der Fascie. Schluß der Haut durch fortlaufende Catgutknopflochnaht mit Zwischennähten. 2^{02} Schluß der Operation. Ergebnis: männliches Kind; tief asphyktisch 3400 gr; Künstliche Atmung Hautreize. Erste Atmung sofort. Wochenbett: Glatter Verlauf T. 38,0 (R) am 2. Tage sonst normal. Entlassung von Mutter und Kind am 5. VII. 08, beide gesund. Quernarbe mit Ausnahme eines eiternden Punktes trocken. Soxhlet.

29) H. K. 32j. 3p. 1908 Nr. 430. 2 Spontangeburten, 2 lebende Kinder. Letzte Regel 10. X. 07. Erste Kindsbewegungen März 08. Es traten vor ca. 10 Tagen 2 mal Blutungen auf, die sich in der Nacht auf 1. Juli wiederholten und die Sectio caes. wegen Placenta praevia indizierten. Innere Untersuchung ergab: Muttermund für einen Finger durchgängig, erweiterungsfähig; wegen neu eintretender Blutung mußte die Untersuchung abgebrochen werden. Operation (Prof. Krönig): Lumbal-Anaesthesie + Scop. Morph. 7^{07} am Querschnitt in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse; Eröffnung des Peritoneum. Längsschnitt durch den unteren Teil des Uteruskörpers am Fundus; Eröffnung der Eiblase. 7^{09} Hervorheben eines Fußes. Extraktion des Kindes. 7^{10} Manuelle Lösung der tiefsitzenden Placenta. Tamponade des unteren Uterussegmentes. Anlegen von Catgutnähten, die die ganze Uterussubstanz durchgreifen, sowie einiger Seidennähte. Vor deren Verknüpfung werden einige nur einen Teil

der Mukularis und Mucosa durchgreifende Catgutnähte gelegt, wie auch einige sero-musculäre Nähte. Verknüpfung der tiefgreifenden Fäden und Schluß der Uterushöhle 7^{24}. Verknüpfung der sero-musculären Nähte 7^{29}. Uterus versenkt in die Bauchhöhle; 7^{34} Schluß des Peritoneum durch fortlaufende Catgutnaht. 7^{37} Schluß der Muskulatur und Fascien durch Catgutknopfnähte. Lebendes Mädchen 2750 gr 49 cm lang apnoisch. Wochenbett: Afebril, Blähungen und Urin spontan. Entlassung: Mutter und Kind gesund am 16. VII. 08. Soxhlet.

30) R. D. 43j. 10p. 1908 Nr. 444. Geburten: I.—IV. Spontangeburt. 5. Zangengeburt. VI.—VIII. Spontangeburt. 15. VI. 07 Letzte Regel. 16. VI. 08 trat in der Nacht ziemlich starke Blutung auf, am andern Tage geringer Blutabgang. 2—3 Tage später noch einmal wie zuerst. 5. VII. Aufnahme in den Kreissal wegen leichten Blutabganges, keine Wehen. Blutung hört später ganz auf, stellt sich gegen Abend wieder ein. Cervikalkanal geschlossen (rektal untersucht) Placenta praevia. Part. praemat. mens. VIII. Operation (Dr. Pankow): in Lu. An. + Scop. Morph. 6. VII. 08 3^{10} a. m. Querschnitt 3 Querfinger unter dem Nabel. Eröffnung des Peritoneum. Es besteht große Rectusdiastase, daß man beim Fascienquerschnitt das Peritoneum trifft ohne auch Muskeln zu erfassen. Peritoneum und Fascie fest miteinander verklebt. Längsschnitt im oberen Teil des Corpus uteri, der direkt in die Placenta kommt. 3^{18} Geburt des Kindes. Placenta sitzt vorn, erstreckt sich unten mit einem Zipfel in den Jsthmus. 3^{22} Geburt der Placenta. 3^{30} Schluß der Wunde durch Catgutknopfnähte, die teils die ganze Uteruswand, teils nur die Uterusmuskulatur durchgreifen. Fortlaufende Peritonealnaht, die Narbe im Uterus mit Netz bedeckt. Schluß des Peritoneum durch fortlaufende Catgutnaht. Hautnaht fortlaufend. Schluß 3^{47}. Ergebnis: Ein lebendes Mädchen, leicht asphyktisch 2150 gr 42 cm lang. Wochenbett: Höchste T. am 1. Tage 38,3 (R); sonst glatter Verlauf. Stand auf am 1. Tage. Entlassung von Mutter und Kind am 16. Tage, beide gesund.

B. Kritische Besprechung.

Jndikation: Das Studium der 30 Krankengeschichten ergibt, daß in 25 Fällen die Jndikation zum Kaiserschnitt gegeben war durch das Vorhandensein eines engen Beckens. Die stärkste Verengung wies Fall 3 und 11 auf mit einer Conjugata vera von nur 6,25 cm. Von den wegen Beckenverengerung dem Kaiserschnitt unterzogenen Fällen waren schon 4 je einmal durch Sectio caesarea abdominalis entbunden worden.

Da es von großem Interesse ist, die durch eine frühere Sect. caesar. abdom. hervorgerufenen Veränderungen kennen zu lernen, so sei kurz darauf hingewiesen. Fall 4, der am 21. XII. 02 durch Sect. caesar. abd. entbunden worden ist, leidet seit April 04 an einem Bruch in der Kaiserschnittnarbe; die Portio stand sehr hoch, die Uterusnarbe war mit der vorderen Bauchwand verwachsen; die Blase war durch Adhaesionen stark heraufgezogen und hing an Seidennähten fest. Diese Veränderungen bildeten ein Geburtshindernis. Bei Fall 8 waren weder Adhaesionen vorhanden, noch eine Narbe im vorderen Bereich des Uterus zu erkennen; während die Veränderungen bei Fall 9 sehr zur Erschwerung der wiederholten Sect. caes. abdom. beitrugen; denn es waren starke Netzverwachsungen vorhanden, besonders im unteren Teil des Uterus. Vorne am Nabel bestanden überall kleine Recessus, in denen verschiedentlich Netz verwachsen war; besonders starke Verwachsungen waren zwischen Netz und Fascie vorhanden. Fall 10 zeigte dagegen nur leichte Verwachsungen des Netzes mit dem vorderen Teil des Uterus.

Was die Art der Beckenverengerung anbelangt, so bestand in 22 Fällen ein platt-rhachitisches Becken, bei Nr. 4 und 8 ein schräg verengtes Becken. Fall 16 bot ein kyphotisch trichterförmig verengtes Becken dar.

In diesen 25 Fällen also wurde der Kaiserschnitt in Rücksicht auf das Kind gemacht.

Von Seiten der Mutter aus war die Jndikation in den übrigen 5 Fällen gestellt worden. Und zwar bei Nr. 5 wegen Carcinoma cervicis und der dadurch herbeigeführten Verengerung des weichen Geburtskanals. In den 4 andern Kaiserschnitten gab das Bestehen einer Placenta praevia die Veranlassung.

Wieviel Gebärende? Unter den 25 wegen Beckenverengerung ausgeführten Kaiserschnitten war es die

I. Geburt	bei	7 Fällen	VI. Geburt	bei	1 Fall
II. „	„	7 „	VII. „	„	1 „
III. „	„	4 „	VIII. „	„	1 „
IV. „	„	1 Fall	XII. „	„	1 „
V. „	„	2 Fällen			

Die 25 Fälle hatten folglich zusammen 55 Geburten durchgemacht, so daß im Ganzen auf jeden Fall durchschnittlich 2 Geburten entfallen. Die meisten Kinder waren tot zur Welt gekommen, entweder infolge der notwendig gewordenen Perforation oder des durch die Zange ausgeübten Druckes, des artificiellen oder spontanen Aborts.

Bei den wegen Placenta praevia ausgeführten 4 Kaiserschnittfällen war es die

III. Geburt	bei	2	Fällen
IV. „	„	1	Fall
X. „	„	1	Fall,

also wurden zusammen 16 Kinder geboren, was einer Durchschnittszahl von ca. 4 Kindern entspricht.

Der wegen Carcinoma cervicis indizierte Kaiserschnitt betraf ein VII. Gebärende.

N a r k o s e : Was die Inhalationsnarkose betrifft, so kam in 12 Fällen die Aether-Chloroformnarkose mittels des Roth-Dräger'schen Apparates in Anwendung. Mit Ausnahme der ersten 5 Fälle wurden jedesmal praeparatorische Scopolamin-Morphiumdosen gegeben. Nach Ausweis der Krankengeschichten war in keinem dieser Fälle eine Beteiligung dieser Art von Narkose an den Komplikationen feststellbar. Dagegen scheinen die heftigen Kopfschmerzen und das auch bei nüchternem Magen auftretende Erbrechen bei Nr. 19 der Lumbal-Anasthesie verbunden mit der Morphium-Scopolamingabe zur Last gelegt werden zu müssen.

Die Lumbal-Anasthesie wurde 18 mal angewandt, 12 Fälle davon waren mit praeparatorischen Scopolamin-Morphiumdosen kombiniert. Zur Injektion benutzte man das Stovain Billon. In 1 Falle mußten dabei zum Schluss noch geringe Mengen Aether-Chloroform gebraucht werden. Bei Fall 9 wurde die Lumbal-Anaesthesie aus technischen Gründen nicht ausgeführt, da eine 3malige Punktion keinen freisprudelnden Liquor ergab.

O p e r a t i o n s t e c h n i k : Schnittführung. In folgendem soll eine Uebersicht der Kaiserschnitte gegeben werden vom operationstechnischen Standpunkte aus. Die Durchschneidung von Haut und Fascie erfolgte in 9 Fällen durch

einen Medianschnitt. In 21 Fällen wurde die quere Durchtrennung der Haut und der sogenannte Fascienquerschnitt angewandt.

Die Eröffnung der Uterushöhle geschah 26 mal durch den vorderen sagittalen Medianschnitt nnd zwar war der Sitz in allen diesen Fällen an klassischer Stelle. In zwei Fällen wurde die Cervix incidiert und zwar einmal längs, das andere mal quer zugleich mit einem Längsschnitt combiniert. Der Uterus selbst wurde nur 2 mal mit Querschnitt eröffnet und da bei Fall 13 der Querschnitt nicht ausreichte, wurde noch ein medianer Kreuzschnitt angelegt. In den späteren Fällen von Kaiserschnitten wurde nur noch die Längseröffnung des Uterus ausgeführt, da bei dieser Technik die Blutung meist lange nicht so stark ist wie bei der queren Durchtrennung, bei der es wie Fall 12 zeigte anscheinend auch leicht zu Einrissen in die Uterussubstanz kommt.

Eventeration: Der Uterus wurde vor der Geburt des Kindes nie eventriert und immer erst zur Naht der Uteruswunde vor die Bauchdecken gebracht, im Gegensatz zu der an anderen Kliniken gebräuchlichen Methode.

Es ist als Fortschritt des cervikalen Kaiserschnittes anzusehen, daß auch diese nach der Geburt des Kindes erfolgende Eventeration des puerperalen Uterus unterbleiben kann, da die Wunde sehr gut in situ zu nähen ist. In einigen Fällen wurde aber trotzdem auch beim cervikalen Kaiserschnitt der Uterus vor den Bauchdecken genäht.

Drainage: Drainage der Bauchhöhle wurde niemals gemacht, dagegen eine Bauchspülung mit Kochsalzlösung in 2 Fällen.

Dauer der Operation: Diese soll von 3 Gesichtspunkten aus betrachtet werden. a) Dauer bis zur Geburt des Kindes. b) Dauer bis zur letzten Naht. c) Dauer der eröffneten Bauchhöhle.

Die kürzeste Zeit zur Entwicklung des Kindes betrug 1 Minute und zwar bei 2 Fällen. Die Höchstdauer war 20 Minuten bei Fall 12. Die Durchschnittszeit ergibt 8 Minuten.

Die ganze Dauer der Operation bewegt sich in Grenzen von 23 Minuten bis zu 1 Stunde 20 Minuten bei Fall 25, wo es sich um einen Uterus subseptus und das dadurch erschwerte Operationsverfahren handelte. Die durchschnittliche Zeitdauer war ca. 40—45 Minuten.

Aus den Operationsberichten ist leider nicht immer zu ersehen, wie lange die Peritonealhöhle offen war. Nach den vorliegenden Angaben darf eine Durchschnittszeit von 25 Minuten angenommen werden.

Placentargeburt: Von Interesse ist ferner die Art der Placentargeburt. Die Placenta wurde 25 mal manuell entfernt; in 2 Fällen wurde sie spontan geboren; für den Rest waren keine näheren Angaben zu finden.

Blutung: In Kürze sei auch auf die Stärke der Blutung im Verlauf der Operationen hingewiesen. Nur geringe Blutung hatte statt in 6 Fällen; 2 mal wird sie als mittelstark angegeben, 6 mal trat sehr starker Blutverlust ein. Für die restlichen Fälle fehlt jeder nähere Vermerk, so daß wohl nur eine geringe Blutung angenommen werden muß.

Mortalität und Morbidität: Mortalität. Die an der Freiburger Klinik im Zeitraum von Oktober 1904 bis 6. Juli 1908 ausgeführten Kaiserschnitte zerfallen der Technik nach in 24 klassische und 6 cervikale Kaiserschnitte.

Bei der Beurteilung der Mortalität und Morbidität dieser 30 Kaiserschnitte möge eine kurze Zusammenstellung die Uebersicht erleichtern nach der Einleitung in «reine», «verdächtige» und «infizierte» Fälle, und ob dabei der klassische oder cervikale Kaiserschnitt angewendet wurde.

	cervikal	klassisch
rein	2	12
verdächtig	3	11
infiziert	1	1

Wenn wir die Mortalität betrachten, so sind unter den 30 Kaiserschnitten 3 Frauen zugrunde gegangen. Dabei entfallen 2 auf vorher infizierte Fälle (Krankenbericht Nr. 3 und 13); bei Nr. 20 handelt es sich um einen reinen Fall. Die beiden infizierten Fälle starben an septischen Erscheinungen, die andere Frau an den Folgen eines postoperativen Jleus. Nr. 3 war, wie schon oben gesagt als vorher infiziert zu betrachten, sie wurde trotzdem durch klassischen Kaiserschnitt entbunden im Vertrauen auf eine primitive Art von Extraperitoneallagerung des Uterusschnittes, die jedoch in ihrer Wirkung leider versagte. Der andere an Sepsis zugrunde gegangene Fall (Nr. 13) ist mit cervikalem Kaiserschnitt

entbunden worden. Infolge der noch in Entwicklung befindlichen Technik gelang die Versorgung der Wunde nicht so glatt, wie wünschenswert, so daß es zu einer lokalen Infektion der Bauchdeckenwunde kam. Da dieselbe nicht als solche erkannt wurde, so brach ein Abscess der Bauchwunde nach dem Peritoneum hindurch und erzeugte eine sekundäre, allgemeine, eitrige Peritonitis, an der die Frau zugrunde ging.

Der an Jleus ad exitum gekommene Fall Nr. 20 zeigte bei der Obduktion eine völlige Verlegung des Duodenum durch den polsterartig stark aufgeblähten Magen. Eine Peritonitis oder irgendwelche lokale Sepsis wurde nicht gefunden nach Ansicht des Obduzenten (Prof. Aschoff) würden Magenspülungen durch die dadurch erzielte Aufhebung der Darmkompression und der Druckwirkung auf das Herz, der Frau das Leben erhalten haben.

Wenn wir die Mortalität insgesamt betrachten, so haben wir 10% Todesfälle; davon dürfen wir wohl mit Recht 2 Fälle streichen; der erste, weil er trotz Infektion operiert wurde, der zweite, weil die noch unausgebildete Technik des cervikalen Kaiserschnitts als Grund des schlimmen Ausganges angenommen werden muß.

So bleibt also nur noch 1 Kaiserschnitt auf 28 Fälle = 3,57%.

Anders stellt sich natürlich die Mortalitätsziffer vom Gesichtspunkt der Art des Kaiserschnittes aus.

Darnach haben wir unter 6 cervikalen Kaiserschnitten 1 Todesfall = 16,6%.

Die 24 klassischen Kaiserschnitte wiesen zwei Todesfälle auf = 8,33%.

Im folgenden betrachten wir getrennt die cervikalen und klassischen Kaiserschnitte nach der Einteilung in «reine», «verdächtige» und «infizierte» Fälle bezüglich ihrer Mortalität.

Unter den 22 «reinen» Fällen waren 6 cervikale Kaiserschnitte und 16 klassische mit je 1 Todesfall = 16,6% beziehungsweise 6,24% Mortalität.

Die 5 «verdächtigen» Kaiserschnitte waren klassische und wiesen keinen Todesfall auf.

Von den 3 «inficierten» klassischen Kaiserschnitten starb 1 Fall = 33,3%.

M o r b i d i t ä t: Unter den 27 am Leben gebliebenen Fällen fieberten (über 38,1° C Achselhöhletemperatur = über 38,6° C Rektaltemperatur) 18 Fälle, das ist eine Gesamt-

morbidität von 66,6%. Diese Fälle verteilen sich auf 16 «reine» und 2 «verdächtige» klassische Fälle.

Die Ursache der Morbidität war bei dem einen Falle anscheinend ein leichter Magendarmkatarrh; 1 mal war die Fiebersteigerung hervorgerufen durch eine Mastitis, 1 mal durch Endometritis, 1 mal bestand Morbidität durch leichten Jleus mit 1 Fadeneiterung der Bauchdeckenwunde, 1 mal verursachte eine Venenthrombose im rechten Oberschenkel eine Temperatursteigerung bis 39,5 (rektal). Bei den 3 Fällen 7, 11 und 17 war keine nähere Ursache feststellbar und die Temperaturen von 38,6°, 38,7° und 38,7° C (axillar) sind wohl auf Resorptionsvorgänge zurückzuführen.

Aufstehen nach der Operation: Nach dem an der Freiburger Klinik herrschenden Brauch stehen die Wöchnerinnen womöglich schon am 1.—2. Tage nach der Operation auf.

Von den geheilten Fällen konnten am 1.—2. Tage 13 Wöchnerinnen aufstehen. Von diesen mußte sich aber Fall 19 am 3. Tage wegen Fiebers, heftigen Kopfschmerzen und Erbrechen wieder legen, am 4. Tage trat eine Venenthrombose des rechten Oberschenkels auf; Nr. 25 konnte nur kurze Zeit aufbleiben, da leichte ileusartige Erscheinungen auftraten. 6 Fälle standen am 3.—5. Tage auf; doch mußten sich drei Wöchnerinnen davon zeitweilig wieder legen: 1 wegen Fiebers unbekannter Ursache, 1 zeitweilig wegen Schwäche, und Fall 18 wegen Endometritis. 8 Fälle konnten erst nach dem 10. bis 24. Tage aufstehen.

Von den 3 gestorbenen Fällen war Nr. 3 nach der Operation überhaupt nicht mehr aufgestanden. Nr. 13 und Nr. 20 mußten sich nach dem 3. bezüglich 2. Tage wieder legen.

Bauchwundenheilung: Die Bauchwundenheilung war 21 mal ideal per primam zustande gekommen. 1 mal war die Bauchwunde septisch (Nr. 13.), in 5 anderen Fällen erfolgte die Heilung zum Teil per primam zum Teil per granulationen. 1 Fall heilte gut mit Bildung einer Hernie. Bei den übrigen Fällen sind keine Angaben zu finden, so daß man wohl eine primäre Heilung annehmen darf.

Verhalten des Kindes nach der Geburt: Durch die 30 Kaiserschnitte wurden 30 lebende Kinder geboren. 8 Kinder waren mehr oder weniger asphyktisch zur Welt gekommen 8 apnoisch, 3 oligopnoisch. 1 Kind, das bei der Entwicklung Fruchtwasser aspiriert hatte, starb an den Folgen dieser Aspiration nach 14 Tagen; der Sektionsbefund ergab außerdem noch eine Enteritis follicularis.

Von einem Kinde, das gesund entlassen worden ist, wird der später erfolgte Exitus infolge Keuchhustens mitgeteilt.

Ernährung des Kindes; Nach den vorliegenden zum Teil unvollständigen Angaben über die Art der Ernährung der Säuglinge wurden nur 3 Kinder ausschließlich an der Mutterbrust ernährt. 6 Säuglinge bekamen als Beinahrung noch Soxhlet; auf diese Art allein wurden 17 Säuglinge aufgezogen. Ein Kind bekam Soxhlet und Ammenmilch.

Zusammenfassung: Im Vergleich zu den Statistiken anderer Kliniken sind anscheinend die Erfolge bei den Kaiserschnitten an hiesiger Klinik soweit es die Mutter betrifft nicht so günstig; es ist aber dabei in Betracht zu ziehen, daß von den Gestorbenen zwei Fälle mit einer exceptionellen Technik operiert wurden; der dritte Fall erlag einem der Operation zur Last fallenden Jleus.

Im zusammenfassenden Urteile über die Prognose der Kaiserschnitte kommen wir zu dem Schlusse, daß die Gefahren gegenüber früher geringer geworden sind. Von den Kindern sind 100% lebend zur Welt gekommen; eines davon starb allerdings nach 14 Tagen an den Folgen der Geburt.

Hinsichtlich der Technik ersehen wir, daß der cervikale Kaiserschnitt anscheinend günstigere Resultate liefert, insoweit er «reine» und «verdächtige» Fälle betrifft; ob man sich der Ansicht anderer Autoren, die bei infizierten Fällen den cervikalen Kaiserschnitt als indiziert betrachten, anschließen kann, muß man nach der hiesigen Statistik noch skeptisch gegenüber stehen.

Neben einer genauen Jndikationsstellung, einer peinlichen Asepsis, ist es besonders die verbesserte Technik, vor allem aber wahrscheinlich die Methode des cervikalen Kaiserschnittes.

Groß sind aber auch heute noch die Gefahren, wenn es sich um schon vorher infizierte Kreisende handelt; man muß deshalb vorerst noch dem Vorschlag, infizierte Fälle mit cervikalem Kaiserschnitt zu entbinden, mit großem Mißtrauen begegnen.

Nach den Erfahrungen an unserer Klinik ist die Prognose hinsichtlich der Jnfektiosität eine bessere, wenn die Vaginaluntersuchung vor der Operation möglichst umgangen wird. Deshalb muß die Forderung gestellt werden, nur die Rektaluntersuchung vorzunehmen, insofern sich durch diese ein sicheres Urteil über den Stand der Geburt und die Beschaffenheit der Geburtswege gewinnen läßt.

Literatur.

Archiv für Gynaekologie. J. Neumann: Die Sectio caesarea an der Klinik Schauta. Band 79.

Frank: Die suprasymphysäre Entbindung und ihr Verhältnis zu den anderen Operationen bei engen Becken. Band 81.

Braun: Ueber die in den letzten 10 Jahren ausgeführten Sectiones caesareae. Band 59.

Zentralblatt für Gynaekologie. Wechselberg: Zur relativen Jndikation der Sectio caesarea. 1907.

Der extraperitoneale Kaiserschnitt von Hugo Sellheim. Nr. 5. 1908.

Weiteres vom extraperitonealen Kaiserschnitt von Hugo Sellheim. Nr. 10. 1908.

J. Pfannenstiel: Zur Jndikation und Technik des cervikalen Kaiserschnittes. Nr. 10. 1908.

Otto Küstner: Ueber Sellheims extraperitonealen cervikalen Kaiserschnitt. Nr. 16. 1908.

Hofmeier: Der «extraperitoneale» und der «suprasymphysäre» Kaiserschnitt.

Deutsche Klinik: Ohlhausen: «Der Kaiserschnitt nach seinem heutigen Standpunkte».

Handbuch der Geburtshilfe von Winkel.

Lebenslauf.

Ich, Karl Michler, bin am 22. Oktober 1882 in Bonndorf geboren, dort besuchte ich die Volksschule, in Freiburg und Konstanz das Gymnasium. Ich studierte an den Universitäten Freiburg und München. Im Sommer 1904 diente ich mein erstes Halbjahr unter der Waffe in Freiburg. Das medizinische Staatsexamen bestand ich am 19. Januar 1909 in Freiburg.

Lebenslauf.